



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**



**RENATA RODRIGUES DE FIGUEIRÊDO**

**IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
COM FLUTAMIDA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

**JOÃO PESSOA  
2013**

**RENATA RODRIGUES DE FIGUEIRÊDO**

**IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
COM FLUTAMIDA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Farmácia do Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade Federal da  
Paraíba, para obtenção do título de  
Bacharel em Farmácia.

Orientador: Profo. José Carlos Lacet V. Araújo

Co- orientador: Patrícia Maria Simões de Albuquerque

**JOÃO PESSOA  
2013**

**RENATA RODRIGUES DE FIGUEIRÊDO**

**IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
COM FLUTÂMIDA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Farmácia do Centro de Ciências da  
Saúde da Universidade Federal da  
Paraíba, para obtenção do título de  
Bacharel em Farmácia.

**APROVADA EM** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. José Carlos Lacet V. Araújo  
Orientador – Universidade Federal da Paraíba

---

Prof. Patrícia Maria Simões Albuquerque  
Co-orientador – Universidade Federal da Paraíba

---

Profa. Dr. Katy Lísias Gondim Dias de Albuquerque  
Membro titular – Universidade Federal da Paraíba

---

Josué do Amaral Ramalho  
Membro titular 2 – Farmacêutico Bioquímico Do Hospital Napoleão Laureano

**João Pessoa**

**2013**

**F475I Figueirêdo, Renata Rodrigues**

Importância da atenção farmacêutica na adesão ao tratamento com flutamida em um hospital oncológico / Renata Rodrigues de Figueirêdo-João Pessoa: [s.n.], 2013.

*70 f.: il.*

Orientador: José Carlos Lacet V. Araújo;

Co-orientador: Patrícia Maria Simões de Albuquerque.

Monografia (Graduação)-UFPB/CCS

1. Antineoplásicos orais
2. Adesão terapêutica
3. Atenção Farmacêutica.

BS/CCS/UFPB

CDU: 615(043.2)

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos meus pais, exemplo de perseverança e carinho, que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim.*

*Vocês são muito especiais. Amo demais vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar Deus, cuja força e coragem sempre senti ao meu lado durante toda esta longa caminhada.

Ao meu pai, *Antônio Etevaldo Figueirêdo*, e a minha mãe, *Silvia Rodrigues de Figueirêdo* grandes exemplos de honestidade, apoio e carinho, não medindo esforços para que eu vencesse mais esta etapa de minha vida. Muito obrigada por tudo.

As minha irmãs, *Andréa e Patricia Figueirêdo*, e aos meus sobrinhos, *Pedro Lucas, Raimundo Neto e Kadymon Figueirêdo* pela nossa união, toda paciência, amor, companheirismos e brincadeiras. Adoro fazer parte dessa família, amo infinitamente vocês.

A *Prof. Dr. Patricia Maria Simões de Albuquerque*, por me aceitar como sua orientanda, pelos seus ensinamentos, pela sua correta orientação e por sua disponibilidade irrestrita, sempre muito paciente e dedicada com a pesquisa. Por ter acreditado que eu podia desenvolver o trabalho mesmo com o pouco tempo e pela confiança mais do que eu mesma imaginava ser capaz.

Ao *Prof. Lacet* por concordar e ser o responsável pelo projeto desenvolvido.

A todos que fazem a equipe da farmácia do Hospital Napoleão Laureano pela paciência e ajuda durante o desenvolvimento da pesquisa, em especial *Paulinha e Maria José* por está ali do meu lado dando força e cooperando com a pesquisa.

À *Luana*, por ter feito parte da rotina deste trabalho e da minha vida durante todos esses 5 anos de curso, sempre dando apoio em todos os momentos mesmo quando tínhamos nossas confusões.

À *Laiz e Liliane* que nesses últimos meses compartilhamos os mais variados sentimentos, discutimos, fizemos as pazes, rimos, reclamamos, mas sempre unidas para enfrentar todas as situações que surgiram.

À *Rodrigo* meu irmão de coração, que sempre esteve do meu lado. Obrigada pelas risadas, brigas, travessuras, obrigada por fazer parte da minha vida. Te adoro Rô.

À Lúdia irmã que encontrei nesses últimos anos, esteve presente em vários momentos da minha vida, companheira de todas as horas. Sempre me aconselhando e apoiando quando achava que devia. Valeu “mujer”.

À George e Vitor pela brincadeiras, risadas, saídas. Agradeço tudo que fizeram por mim, meus grandes amigos que tanto gosto.

À todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

À *Turma Feliz*, que mesmo com brigas estávamos sempre juntos. Muito bom poder ter feito parte deste grupo.

***“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”***

***Charles Chaplin***



## LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1.</b> Características gerais dos pacientes entrevistados na farmácia ambulatorial do HNL, de junho a agosto de 2013. | 42 |
| <b>Tabela 2.</b> Resultados do teste de Moriky e Green .  | 43 |
| <b>Tabela 3.</b> Características dos pacientes aderentes e não aderentes.   | 45 |
| <b>Tabela 4.</b> Fatores da não adesão à terapia com flutamida.   | 46 |
| <b>Tabela 5.</b> Influência da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento.  | 48 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

|             |   |
|-------------|---|
| <b>AF</b>   | Atenção Farmacêutica                        |
| <b>CO</b>   | Câncer de próstata                          |
| <b>DHT</b>  | Di-hidrotestosterona                        |
| <b>HPB</b>  | Hiperplasia prostática benigna              |
| <b>LHRH</b> | Hormônio liberador do hormônio luteinizante |
| <b>MS</b>   | Ministério da Saúde                         |
| <b>OMS</b>  | Organização Mundial da Saúde                |
| <b>PRM</b>  | Problemas relacionados aos medicamentos     |
| <b>PSA</b>  | Antígeno prostático específico              |
| <b>SBU</b>  | Sociedade Brasileira de Urologia            |
| <b>T</b>    | Testosterona                                |

## **SUMÁRIO**

### **1. REVISÃO DE LITERATURA**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1.1 Câncer de próstata             | 13 |
| 1.2 Antineoplásico oral: Flutamida | 22 |
| 1.3 Adesão terapêutica             | 25 |
| 1.4 Atenção farmacêutica           | 27 |

### **2. ARTIGO** 32

|                            |    |
|----------------------------|----|
| 2.1 Introdução             | 37 |
| 2.2 Casuística e métodos   | 39 |
| 2.3 Resultados e discussão | 41 |
| 2.4 Referências            | 50 |

### **REFERÊNCIAS** 53

### **ANEXOS**

|   |    |
|---|----|
| 1 Termo de consentimento livre e esclarecido                      | 64 |
| 2 Questionário i: ficha epidemiológica e teste de Morysky e Green | 65 |
| 3 Cartilha  | 67 |
| 4 Questionário II   | 69 |

# **1. REVISÃO DE LITERATURA**

## 1.1 Câncer de próstata

O câncer conhecido como doença crônica degenerativa, caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Com rápida divisão, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas). No estágio inicial, a pessoa tem apenas um pequeno tumor, no avançado, o tumor, já maior, pode ter se espalhado para as áreas próximas (linfonodos) ou outras partes do organismo (INCA, 2011).

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo processo de início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles. Devendo levar em consideração, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular. O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (INCA, 2011).

A ocorrência das doenças reflete o modo de viver das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. O seu aparecimento é de etiologia multifatorial, podendo ser da combinação de vários fatores, tais como genéticos, ambientais, fazendo uso do tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, excesso de peso, consumo excessivo de álcool, exposição a radiações ionizantes e a agentes infecciosos específicos. Este sinergismo potencializa o risco de desenvolvimento de determinados tipos de câncer, e a redução isolada de apenas um deles pode ser insuficiente para garantir a efetividade das ações de prevenção (INCA, 2008).

É importante enfatizar que, de um modo geral, o termo câncer é empregado para designar mais de uma centena de diferentes doenças. Há muitos séculos foi amplamente considerado como uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, mas em aproximadamente quatro décadas, a situação vem mudando, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos (INCA, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando o rápido aumento desta doença e observando que constitui um desafio do setor de saúde, propôs diretrizes básicas para o planejamento de ações que visem reduzir as ameaças impostas por essas condições às comunidades, ao sistema de saúde e à economia (FERREIRA et al., 2005; OMS, 2003).

Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexo que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. A explicação para este crescimento está na maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos (INCA, 2011).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2012 também válidas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, reforçando a magnitude deste problema no país. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino (INCA, 2011). Os valores crescentes das taxas de incidência no Brasil ao longo dos anos podem ser decorrentes do aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional que está relacionado com a redução do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulher em idade reprodutiva, melhoria das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades, evolução da medicina e o uso de antibióticos e vacinas, além da melhoria e evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país (INCA, 2011).

Dentre os cânceres que acomete os homens, o câncer de próstata (CP) é a segunda e mais comum neoplasia, ficando atrás apenas do câncer de pele não-

melanoma. No mundo, o CP é o sexto tipo mais frequente e o mais prevalente, representando em torno de 10% do total de câncer. A sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2010). Estudos apontam que todo homem nasce programado para ter este tipo de câncer, pois todos carregam em seu código genético os chamados "proto-oncogens", que dão a ordem para uma célula normal se transformar em outra maligna.(KAZER et al., 2011).

A próstata localiza-se exatamente abaixo do colo da bexiga, no qual circunda a uretra e atravessa o ducto ejaculatório. É uma glândula exócrina e exclusiva do sistema reprodutivo do homem, uma vez que produz uma secreção que é química e fisiologicamente adequada para o bom funcionamento dos espermatozóides, agindo na nutrição e proteção dos mesmos (LIMA; ALVES, 2010; ROSEN, 2010). A próstata necessita dos hormônios masculinos (andrógenos), que são responsáveis pelas características sexuais, sendo o principal deles a testosterona(T), produzida principalmente nos testículos. Alguns hormônios são produzidos em pequenas quantidades nas glândulas supra-renais. Entretanto, o hormônio que regula a próstata é a dihidrotestosterona(DHT) liberada sistemicamente (ROSEN, 2010).

Durante a infância, a próstata é muito pequena, porém na adolescência há um aumento na produção dos hormônios, onde se dá início ao aumento da próstata. Este crescimento se prolonga durante a vida do indivíduo numa velocidade que pode variar de uma pessoa para outra. Em alguns indivíduos, por motivos não bem conhecidos, a próstata cresce mais rapidamente, em outros o aumento é mais lento e a partir dos 50 anos esse crescimento é mais acelerado (LIMA; ALVES, 2010). Quando aumenta de volume, a próstata se transforma em uma verdadeira ameaça para o bem-estar do homem, pois começa a comprimir a uretra e a dificultar a passagem da urina (FERREIRA; MATHEUS, 2004).

Para Corrêa e colaboradores (2003) e Dini e Koff (2006), como todos os outros tecidos e órgãos do corpo, a próstata é composta por células, que normalmente se dividem e se reproduzem de forma ordenada e controlada, no entanto, quando ocorre uma disfunção celular que altere este processo de divisão e reprodução, produz-se um excesso de tecido, que dá origem ao tumor, podendo este ser classificado como benigno ou maligno. A próstata pode ser sede desses dois processos: o crescimento benigno, chamado de hiperplasia prostática benigna

(HPB), e o maligno, denominado CP, podendo este último surgir associado ou não ao crescimento benigno. Nos estágios iniciais, o câncer limita-se à próstata, entretanto, se deixado sem tratamento, poderá invadir órgãos próximos como vesículas seminais, uretra e bexiga, bem como espalhar-se para órgãos distantes como ossos, fígado e pulmões, quando se torna incurável e de nefastas consequências (GOMES et al., 2008; INCA, 2008).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia- SBU, todos os anos cerca de 52.000 homens são diagnosticados com câncer de próstata. E que um em cada seis com idade acima de 45 anos pode ter a doença sem que nem sequer saiba disso, possivelmente pelo fato deste tipo de doença, muitas vezes, se desenvolver de forma assintomática, induzindo os homens à crença de que, se não apresentam sintomas é porque não estão doentes (GOMES, et al., 2008). Diante dessa magnitude, o CP é notadamente reconhecido como um problema de saúde pública, aliada à possibilidade de detecção através de procedimentos relativamente simples, devendo fazer desta doença uma prioridade na atenção à saúde masculina (SBU, 2003).

Nos últimos anos, as taxas de mortalidade pela doença no Brasil são crescentes e devido a falta de respostas definitivas a esta neoplasia, a suas causas não conhecidas e acerca da melhor abordagem para a detecção e tratamento, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2001 a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer de Próstata, com o intuito de reduzir a incidência e a mortalidade por esse câncer (INCA, 2010).

Abordando as atitudes dos homens quanto a saúde, nota-se o quanto eles apresentam uma identidade relacionada à desvalorização do autocuidado e a pouca preocupação com a mesma. Quando necessário preferem serviços de saúde que atendam rápido e na hora que desejam. O que leva a observar que em nossa sociedade, o “cuidado” é função das mulheres que são desde muito cedo educadas para desempenhar e se responsabilizar por esse papel (GOMES, 2003).

O reconhecimento desses determinantes, que resulta na vulnerabilidade da sociedade masculina aos problemas de saúde, bem como as representações sociais sobre a masculinidade, que compromete o acesso dos homens a atenção primária e repercutem de forma crítica destes a situações de riscos para saúde, direcionou o MS a criar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, cujo objetivo



é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade da saúde masculina nos seus contextos socioculturais e político-econômicos e que, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade, por causas preveníveis e evitáveis nessa população. Estas devem ser capazes de atingir e sensibilizar os homens em relação ao CP, permitindo conhecimentos necessários que estimulem práticas positivas de rastreamento, principalmente entre aqueles grupos de maior risco (GOMES, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A origem do CP ainda é desconhecida, entretanto presume-se que alguns fatores de riscos possam influenciar no seu desenvolvimento (BRUNNER; SUDDARTH, 2005). Tais fatores são, na maioria, não conhecidos e inevitáveis, o que dificulta medidas preventivas mais específicas (PAIVA et al., 2008). Evidências sugerem que esta doença está associada a fatores como idade, componente genético e familiar relevante (RHODEN; AVERBECK, 2010), outros fatores que contribui são a dieta (com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio); a obesidade, em especial para aquelas neoplasias de comportamento mais agressivo, redução na exposição a radiação solar, haja vista a importância desta sobre os níveis de vitamina D. Em contrapartida, dietas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e Ômega-3 aparecem como fatores protetores (SANTILLO; LOWE, 2006).

É recorrente a ideia de que o CP pode ser detectado precocemente através de métodos de triagem e que o diagnóstico precoce da doença é a única maneira de evitar e reduzir a mortalidade com esse tipo de câncer. De acordo com este parâmetro a SBU recomenda que os homens, acima dos 40 anos que estejam dentro do grupo de risco (homens afro-americanos; predisposição familiar e dieta rica em proteína e gorduras), pensem na possibilidade de ir anualmente ao urologista para fazer check-up da próstata, mesmo que não tenham sintomas urinários (ABREU et al., 2013).

A maioria dos cânceres são constatados em homens sem sintomas, mas quando aparece algum sintoma é comum ser, jato urinário fraco, presença de sangue na urina, necessidade frequente de urinar principalmente a noite, dor ou queimação durante a micção, em casos mais graves da doença pode ocorrer dores ósseas frequentemente acometendo a bacia, coluna dorsal e lombar, fêmur, costelas e crânio e isto ocorre em 2/3 dos pacientes com doença metastática, além de comprometimento linfonodal, sintomas neurológicos. Mesmo assim a presença de

um ou mais desses sintomas poderá não significar diagnóstico de CP (BRUM et al, 2005).

Cada homem apresenta um tempo variável para o aparecimento dos sintomas, uma vez que o câncer geralmente se inicia na periferia da próstata, podendo não provocar nenhuma mudança no ritmo urinário, fato que acaba por não conduzir o indivíduo ao médico e, assim, retardando o diagnóstico da doença (BRUM et al., 2005; GOMES et al., 2008).

Por esse motivo, o carcinoma prostático necessita de ferramentas de detecção precisas o suficiente para promover sua descoberta rápida. Entre os exames preventivos ressaltam-se o exame clínico do toque digital da próstata, a ultrassonografia transretal (USTR) e o exame de sangue para a dosagem do antígeno prostático específico conhecido por PSA, sigla inglesa *Prostatic Specific Antigen* (GOMES et al., 2010).

Quanto mais inicialmente a doença for diagnosticada, maiores serão as chances de cura, além de permitir um tratamento menos agressivo e mutilante. A detecção precoce poderia reduzir os altos custos decorrentes do tratamento do câncer em estágios avançados ou da doença metastática (INCA, 2002).

A população masculina ainda não compreendeu a importância da realização dos exames, muitos acham desnecessário e apresentam grande preconceito a aplicação do exame de toque retal, que além de seu baixo custo tem um maior grau de precisão dos testes específicos permitindo, assim, o tratamento mais adequado, melhorando a sobrevida e diminuindo a morbidade (RHODEN; AVERBECK, 2010). Este exame tem como finalidade de se pesquisar o tamanho, a consistência, pontos endurecidos, dolorosos e mobilidade da próstata, mas podem apresentar limitações quando a lesão prostática não é palpável (estádios iniciais), e quando alterado, a diferenciação entre lesão maligna e benigna é difícil, podendo apenas ser detectado quando a próstata se encontrar com um volume de lesão em cerca de 2 mL ou maior (PEREIRA; OLIVEIRA, 2009).

Nos níveis sanguíneos pode-se pesquisar o PSA, uma calicreína produzida quase que exclusivamente pelas células epiteliais prostáticas, é uma protease órgão específica, mas não câncer específico, e seus níveis séricos podem estar elevados no soro a medida que o estágio e a neoplasia aumentam, como na presença de hiperplasia prostática benigna, prostatite e outras condições não neoplásicas.

Somente em 1986 o uso deste antígeno foi aprovado pelo FDA (Food and Drug Administration) e, desde então, a avaliação bioquímica passou a fazer parte da rotina dos pacientes com CP. É um exame feito em laboratório que mede a sua quantidade no sangue, se o resultado apresenta-se acima do normal isso significa que está havendo alterações na glândula e o médico poderá recomendar outros exames para determinar a melhor forma de tratamento (KOWALSKI et al., 2002; SROUGI, 2013).

Ao realizar o exame de PSA, o paciente terá noção da porcentagem de chances de apresentar um tumor de próstata. Se os valores forem entre 0-4ng/ml é de aproximadamente 15%, valores em torno de 4-10ng/ml equivale a 35% de chance e caso apresentem valores acima de 10mg/ml o paciente apresenta uma porcentagem em cerca de 67% de estarem com adenocarcinoma da próstata (MARTINS et al., 2003; STEPHANS, 2002). O risco de um toque prostático positivo representar um câncer é altamente dependente do valor do PSA (RHODEN; AVERBECK, 2010). O valor de PSA equivale a probabilidade de o paciente apresentar o câncer. Sua normalidade dos níveis deste marcador ou seu desaparecimento no plasma após a realização do tratamento indicam uma remissão parcial ou erradicação da neoplasia com melhor perspectiva para o paciente.

A ultra-sonografia transretal é considerada um exame opcional para detecção de tumor primário. Apresenta-se mais útil para o estadiamento das neoplasias, para caracterizar o tamanho ou volume do tumor; sua localização; grau e padrão de crescimento; assimetria prostática e a irregularidade ou ruptura capsular; para a avaliação da resposta após tratamento (TONON; SCHOFFEN, 2009), tem grande papel no de guiar os profissionais para a realização das biópsias prostáticas, sendo este um método padrão de obtenção do material para o exame anatomopatológico da glândula. Nenhum destes procedimentos é sensíveis e específicos o suficiente para ser usado sozinho na definição da conduta a ser tomada em relação ao paciente (GOMES et al., 2008).

Obtendo o tecido através da biópsia deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente. Na graduação histológica, as células do câncer são comparadas às células prostáticas normais. Quanto mais diferentes das células

normais forem as células do câncer, mais agressivo será o tumor e mais rápida será sua disseminação (OTTO, 2002).

A escala de graduação do câncer da próstata varia de 1 a 5, com o grau 1 sendo a forma menos agressiva, já o grau 5 as células estão agrupadas em grandes massas que invadem os órgãos e tecidos vizinhos. Para se obter o escore total da classificação de Gleason, que varia de 2 a 10, o patologista gradua duas áreas mais freqüentes do tumor e soma os resultados. Quanto mais baixo o escore de Gleason, melhor será o prognóstico do paciente. Escores entre 2 e 4 significam que o câncer provavelmente terá um crescimento lento. Escores intermediários, entre 5 e 7, podem significar um câncer de crescimento lento ou rápido e este crescimento vai depender de uma série de outros fatores, incluindo o tempo durante o qual o paciente tem o câncer. Escores do final da escala, entre 8 e 10, significam um câncer de crescimento muito rápido (INCA, 2002). Este método leva a estabelecer o estágio da doença e qual o tratamento mais adequado para o grau que se encontra (OTTO, 2002).

Após a descoberta do câncer se faz necessário a realização do tratamento, devendo este ser desenvolvido de forma cuidadosa e individualizada, sempre considerando a idade do paciente, a extensão da doença, o volume da glândula, prognóstico e acima de tudo, o desejo do mesmo. O tratamento pode envolver diferentes procedimentos como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia, em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade (MARQUES, 2006).

Quando o câncer prostático encontra-se localizado, a radioterapia é uma das opções de tratamento vigentes (GALÁN et al., 2004; SHAHI; MANGA, 2006). Esta se baseia em administrar radiações externas ou internas sobre a próstata para destruir as células cancerígenas. Na radiação externa o feixe de radiação é invasivo e pode matar células cancerígenas que estão à extremidade da próstata, porém acaba danificando outros órgãos, podendo acarretar ao paciente cansaço durante o tratamento. Quanto a radiação interna (radiação de implante ou Braquiterapia) os feixes são emitidos dentro do órgão (aplicação de sementes radioativas de iodo ou de ouro na próstata), sendo dessa forma mais concentrada e constante, apresentando-se então, mais eficiente, porém, muitas vezes levará a impotência

sexual e a incontinência urinária. Diarréias, inflamações do reto e estreitamento na uretra são também complicações freqüentes (SROUGI, 2013).

Um tratamento muito eficaz e curativo, que oferece maior sobrevivência que a radioterapia é a cirurgia, sendo comum realizá-la na fase inicial da doença. Neste procedimento haverá remoção total da glândula além de algum tecido circundante, ou então apenas parte da mesma, podendo também realizar a desobstrução do canal e assim facilitar a micção. Em alguns casos, o processo cirúrgico pode usar um método conhecido como cirurgia poupadora de nervo, no qual poderá salvar os nervos que controlam a ereção. Mas se o tumor encontrar-se grande ou um tumor que está muito perto dos nervos, pode não ser capaz de obter o mesmo resultado desejado. O tempo que leva para curar após cirurgia é diferente para cada homem (SROUGI, 2013).

Em 1941, Huggins e Hodges demonstraram a dependência androgênica dos tumores de próstata. No caso de CP metastásico, o tratamento mais indicado é a terapia endócrina ou hormonal. As células do câncer precisam de combustível para crescer e sobreviver e o hormônio testosterona serve como este combustível primário para o crescimento das mesmas, este hormônio é convertido em DHT que é cerca de 10 vezes mais potente que a T, dessa forma T é um alvo comum da intervenção terapêutica em homens com a doença. São empregados vários medicamentos à base de hormônios (estrógenos, análogos do hormônio luteinizante (LHRH) e antiandrógenos), que impedem a produção de testosterona ou bloqueiam as suas ações na próstata.

A ação dos andrógenos sobre as células prostáticas é mediada via receptor nuclear, mas nem todos os tipos celulares são constituídos de receptores, sugerindo que somente certos tipos celulares podem ser considerados alvo direto da ação dos andrógenos (TONON; SCHOFFEN, 2009).

A orquiectomia (retirada cirúrgica dos testículos), também é utilizada, já que eliminam os órgãos que produzem o hormônio masculino, este apontado como principal responsável pelo crescimento do tumor (TONON; SCHOFFEN, 2009). O bloqueio da testosterona promove a involução substancial do tumor, com significativa melhora dos sintomas clínicos.

Segundo a Fundação Câncer de Próstata (2013) a quimioterapia, modalidade esta que utiliza produtos químicos para matar as células cancerosas ou retardar o

seu crescimento, podem atuar de várias formas, mas são todas baseadas no mesmo princípio simples: parar a divisão celular, parar o crescimento e disseminação do tumor. Até recentemente, a quimioterapia foi usada apenas para aliviar os sintomas associados com a doença muito avançado ou metastático, mas estudos mostram a sua grande importância no tratamento.

## **1.2 Antineoplásicos orais: Flutamida**

Durante décadas, os oncologistas trataram a maioria dos seus doentes com fármacos antineoplásicos intravenosos tendo os cuidados de saúde e serviços hospitalares organizados com base neste tipo de tratamento. Todavia, na última década, tem sido registrada uma maior disponibilidade de antineoplásicos orais (BATISTA,2012).

Esta mudança no tratamento do câncer, de antineoplásicos intravenosos para antineoplásicos orais, criou um novo paradigma, desafiando as atitudes tradicionais e solicitando novas definições de organização nos serviços hospitalares. Muitos dos antineoplásicos atuais utilizados na prática clínica são de natureza citostática, sendo assim realmente eficazes quando usados por prolongados períodos de tempo. No entanto, este tratamento diário de longa duração torna-se um desafio crítico para muitos doentes (FOULON et al., 2011).

A quimioterapia oral é bastante encantadora devido várias razões. Apresenta grande facilidade na sua prática já que a intravenosa causa ao paciente um desconforto e ansiedade. Além do mais, a quimioterapia intravenosa pode ser um obstáculo à qualidade de vida do doente e pode ser associada a toxicidade, alterações psicológicas, dificuldades econômicas, aumento do número de admissões hospitalares e longos períodos de internamento (BATISTA, 2012).

O tratamento por via oral surge para facilitar a terapêutica e apresenta vantagens, pois a mesma pode proporcionar um grande impacto na qualidade de vida dos doentes que não toleram regimes agressivos, como os doentes idosos, tendo ainda a vantagem de poder ser administrada em locais diversos, podendo ficar mais tempo em casa, aumento da independência por conta da automedicação, residem na redução do volume de trabalho, economia dos custos de reconstituição e

administração intravenosa e também uma limitação dos custos de hospitalização, salários, equipamento de infusão e consumíveis, fluidos intravenosos e custos de produção (BATISTA, 2012).

Esta forma de tratamento partilha também uma grande desvantagem como todos os medicamentos que se faz por via oral, refere-se a biodisponibilidade, taxa e extensão a que um fármaco é absorvido na circulação sistêmica. Diferenças individuais na absorção e no metabolismo conduzem a grandes variabilidades nos níveis plasmáticos, o que pode conduzir a um aumento da toxicidade ou a níveis sub-terapêuticos (BATLLE et al., 2004). A biodisponibilidade depende da absorção intestinal e dos sistemas metabólicos hepáticos. O epitélio intestinal tem diversos mecanismos que limitam a absorção de antineoplásicos orais, nomeadamente a atividade da glicoproteína P que impede que o medicamento atinja a corrente sanguínea e também a inativação metabólica por ação da enzima CYP450. Esses processos afetam antineoplásicos como a flutamida.

A flutamida é um fármaco antiandrógeno não-esteróide, destituída de atividade hormonal, utilizada no tratamento do CP, como monoterapia ou em combinação com outros agentes tais como análogo do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH), esta associação é bastante benéfica aos pacientes. A flutamida foi o primeiro antiandrogênio não-esteróide, indicado para o tratamento do câncer avançado de próstata a ser comercializado no Brasil (SROUGI, 1990).

Este medicamento é um composto desenvolvido com intuito de exercer sua ação sobre os tumores andrógeno-dependentes, como no câncer de próstata, por bloqueio competitivo do receptor citoplasmático para DHT. Consequentemente bloqueia tanto a testosterona exógena como a endógena, uma vez que dentro da célula prostática, a testosterona se reduz a Di-hidrotestosterona e é logo fixada por um complexo receptor andrógeno, à cromatina nuclear. É também uma potente inibidora da síntese de DNA prostático, estimulada pela testosterona, além de inibir a captação prostática nuclear de andrógeno (ANVISA, 2013).

É indicada somente para administração em adultos do sexo masculino, no tratamento do câncer avançado, em pacientes não tratados previamente ou naqueles que não responderam ou se tornaram refratários à manipulação hormonal. Sendo também utilizado na redução do volume, aumento do controle do tumor e prolongamento do tempo livre sem doença (GARCIA et al., 2001).

A dose recomendada como monoterapia é de um comprimido de 250 mg, três vezes ao dia, em intervalos de 8 horas. Quando combinado com um agonista LHRH, o tratamento pode ser iniciado simultaneamente ou 24 horas antes do agonista LHRH. No câncer localizado de próstata, a administração deve se iniciar oito semanas antes da radioterapia e continuar durante a mesma (ANVISA, 2013).

No que diz respeito a sua farmacocinética a flutamida é completamente absorvida pelo trato gastrointestinal, e ligeiramente metabolizada pelo fígado em vários metabólitos, sendo o principal a 2-hidroxi flutamida. Este apresenta afinidade com os receptores androgênicos vinte vezes maiores que a da flutamida. Quando administrada atinge concentração plasmática máxima em torno de 0,5 a 2 horas. Ao se distribuírem sua ligação às proteínas plasmáticas é de 94% a 96% para a flutamida, e 92 a 94% para seus metabólitos (BONASSA; GATA, 2012; CHARLES et al., 2009).

A flutamida e seus metabólitos são excretados principalmente na urina, como metabólitos, menos de 1% como droga inalterada, e apenas 4% eliminada nas fezes após 72 horas. O metabólito encontrado em maior quantidade na urina é o 2-amino-5-nitro-4-(trifluormetil)-fenol. A meia-vida de eliminação é de 0,8 a 7,8 horas e o metabólito ativo de 5 a 6 horas (ANVISA, 2013).

As principais reações adversas relacionadas ao uso da flutamida são a ginecomastia (crescimento das mamas) e a diarreia leve. Não há evidência de interferência nos parâmetros hematológicos ou hormonais. Elevações transitórias nos valores das transaminases hepáticas e da bilirrubina podem ocorrer devendo ser evitado iniciar o tratamento em pacientes já com níveis de transaminase alterado. Ausência de efeitos como diminuição da libido, retenção hídrica, doenças tromboembólicas e problemas cardiovasculares. A libido e potência sexual são conservadas em 80% dos pacientes (BONASSA; GATA, 2012; CHARLES et al., 2009).

Este medicamento apresenta interações com inibidores do citocromo P1A2 e do citocromo P3A4, estes fármacos atuam aumentando os níveis e efeitos da flutamida. Podendo ocorrer também interações com medicamentos que atuam induzindo o citocromo P1A2, o mesmo acontece com os indutores da CYP3A4, onde neste caso esses fármacos que induzem tais enzimas levam a redução da ação da flutamida. Com relação a alimentação não acarretará efeito sobre a



biodisponibilidade, quanto aos fitoterápicos apenas a erva-de-são-joão pode diminuir a ação deste medicamento (BONASSA; GATA, 2012; CHARLES et al., 2009).

Um estudo multicêntrico realizado, apontou que o bloqueio androgênico completo (agonista LHRH + flutamida) foi mais efetivo do que a monoterapia. Neste caso, a terapia combinada aumentou o tempo de sobrevida livre da progressão da doença, assim como a duração média da sobrevida. Além do mais revelaram que a taxa de sobrevivência num período de 5 anos pelo uso do bloqueio androgênico máximo seria em torno de 2% a 3% superior, se comparada à supressão androgênica isolada (MARONA et al., 2004).

Há relatos também do uso de flutamida no tratamento da acne e do hirsutismo em mulheres (MARONA et al., 2004; YOUNG; SINCLAIR, 1998). Alguns casos foram notificados indicando os riscos deste medicamento para pessoas do sexo feminino. Diante da gravidade da reação adversa, a Unidade de Farmacovigilância alerta e solicita a todos os profissionais de saúde que notifiquem a suspeita desta reação adversa (e todas as suspeitas de reação adversa a qualquer medicamento) por meio do Formulário de Suspeita de Reação Adversa a Medicamentos (MARONA et al., 2004).

### **1.3 Adesão terapêutica**

Apesar de todos os grandes benefícios envolvendo os antineoplásicos orais, conjuntamente com a biodisponibilidade e facilidade da via de administração, a adesão ao tratamento apresenta-se como uma das maiores preocupações relativas a este tipo de terapêutica (GIVEN et al., 2011; MARQUES; PIERIN, 2008).

A adesão pode ser definida como a medida que o comportamento de um doente corresponde às recomendações de um profissional de saúde (GIVEN, et al; 2011 ; BATISTA, 2012). Um doente é considerado 100% aderente se cumprir o esquema de tratamento previsto, isto é, não são perdidas doses nem são tomadas doses para além das prescritas e se estas são tomadas no tempo devido (FOULON, et al., 2011). Não existe qualquer critério consensual no que diz respeito a uma adesão adequada. Alguns estudos consideram taxas superiores a 80% como aceitáveis, enquanto outros apenas consideram taxas superiores a 95% como representantes de uma adesão adequada (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Várias pesquisas apontam que frequentemente pacientes param de tomar suas medicações ou até mesmo nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes, ou sentem efeitos colaterais desagradáveis (DONNA et al., 2002; GIMENES et al., 2009).

O processo de não adesão pode ocorrer de forma não intencional e intencional. A forma não intencional é ocasionada por várias formas como o esquecimento, idade, etnia, pouca compreensão, crenças, barreira linguística, inaptidão física de administrar o medicamento, algum efeito desagradável. Em relação a não adesão intencional acontece quando o paciente por conta própria para de tomar o medicamento ou toma de forma errada, não seguindo as recomendações devidas. Muitos estudos são realizados para avaliar e investigar se os pacientes estão aderindo ao tratamento (BATISTA, 2012).

A não adesão pode ser detectada por alguns métodos, um deles são os relatos dos pacientes onde estes descrevem a forma como seguem a terapêutica, sendo tal medida não muito eficaz, pois alguns deles podem fornecer informações falsas. Alternativamente os usuários podem preencher formulários diários de medicação, este processo pode ser mais preciso, já que o mesmo irá registrar todos os dias, a forma no qual realiza o tratamento (BATISTA, 2012). Outro procedimento seria contar os comprimidos, com o intuito de avaliar se houve doses perdidas, por vezes, a contagem de comprimidos pode resultar em elevadas falsas taxas de adesão quando os doentes descartam doses perdidas para evitar serem considerados como não-aderentes. Para alguns fármacos e metabólitos, podem ser usadas concentrações séricas ou concentrações na urina para medir a adesão, mas para a maioria dos antineoplásicos orais, os marcadores disponíveis para este tipo de medição não estão totalmente validados e a sensibilidade e especificidade nem sempre é suficiente para o seu uso ser possível na prática clínica. Mesmo com todas essas medidas é impossível saber se realmente estão tomando o medicamento no horário (FOULON et al., 2011; PETERSON et al., 2006; RUDDY et al., 2009). A adesão parcial, a falta de adesão e a adesão inadequada podem prejudicar o rumo do tratamento.

## 1.4 Atenção Farmacêutica

Diante da problemática que é a adesão ao tratamento, ressalta-se a importância da comunicação, assim como a necessidade dos médicos e outros profissionais que atuam diretamente com o medicamento dialogarem entre si e com o paciente, com intuito de transformar as informações recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a falta de conhecimentos e /ou a presença de dúvidas pelo paciente, podem também, constituir-se em fator de destaque na não adesão do tratamento (DEWULF, 2010). A integração dos profissionais médicos, e em especial, os farmacêuticos permite, com a união de conhecimentos especializados e complementares, obterem resultados favoráveis, oferecendo aos pacientes um atendimento mais completo podendo fazer com que passem a assumir maior responsabilidade sobre a sua terapia, acarretando maiores benefícios (PEPE; CASTRO, 2000; LEEMANS et al., 2001).

Nesta nova perspectiva de atuação do farmacêutico voltada ao paciente, conceitua-se Atenção Farmacêutica (AF) como provisão responsável do tratamento farmacológico, com o intuito de alcançar resultados concretos, podendo levar a cura; reduzir ou eliminar sintomas desagradáveis; prevenir, retardar ou interromper a evolução do processo patológico, levando a uma melhor qualidade de vida dos doentes (HEPLER, STRAND, 1990).

A AF é o resultado de um processo de transições. No século XX o farmacêutico tinha apenas a função de obter, preparar e avaliar os produtos medicamentosos, ficando o paciente sempre em segundo plano. Ao surgir a indústria farmacêutica este profissional se afastou completamente dos outros profissionais de saúde pois passaram a atuar apenas como um mero dispensador dos produtos provindos da indústria farmacêutica (HEPLER, STRAND, 1990). Insatisfeitos os profissionais desenvolveram um movimento que questionava o papel de estarem afastados do contato com o paciente.

Na década de 60, surge a Farmácia Clínica que trouxe de volta ao cenário da saúde o farmacêutico, passando a colocar o medicamento como fonte principal das suas atividades, deixando novamente o paciente como segundo plano. Este fato gerou novamente uma inquietação aos profissionais. Em 1993, o conceito proposto por Hepler e Strand foi discutido, aceito e ampliado na reunião de peritos da

Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em Tóquio. Nesta declaração a AF foi ampliada, reconhecendo o farmacêutico como dispensador de saúde (OMS, 1993).

No Brasil, a implementação dos serviços de Atenção Farmacêutica ocorreu a partir de reuniões da categoria farmacêutica com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002). Das atividades empreendidas pelo grupo gestor resultou a proposta de um Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, no qual classificou a AF como modelo de interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Essa interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitada as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA *et al.*, 2002).

O Conselho Nacional de Saúde (2004), considerando as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual em seu inciso IV, Artigo primeiro, da Resolução nº 338, dispôs que as ações de Assistência Farmacêutica, entre outras, envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica. Em adição a essa Política Nacional, a RDC nº. 44, lançada em 17 de agosto de 2009 (ANVISA, 2009), dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas, recorrendo sobre normas a serem seguidas para a prestação dos Serviços Farmacêuticos nas farmácias comunitárias, estando incluída dentre esses serviços farmacêuticos, a Atenção Farmacêutica. Estes fatos configuram a tendência ao reconhecimento da Atenção Farmacêutica como política de saúde pública e serviço a ser prestado pelo profissional farmacêutico.

O serviço de AF abrange a dispensação da terapia medicamentosa e o fornecimento de informação para tomada de decisões sobre o uso dos medicamentos pelos pacientes. Isso inclui decisões sobre a não utilização de alguns, assim como opiniões sobre a seleção da referida terapia: doses, vias de administração, acompanhamento da terapia farmacológica e provimento de informação e conselhos quanto aos medicamentos. Todo o processo deve envolver as atitudes de respeito aos princípios da bioética, as habilidades de acolhimento e os conhecimentos técnico-científicos (OPAS, 2002).

Desta maneira, esta atividade é desenvolvida para o benefício do paciente, sendo o farmacêutico o profissional responsável direto pela qualidade desta assistência, onde ao adquirir os conhecimentos de Farmácia Clínica estará apto para realizar acompanhamento farmacoterapêutico completo e de qualidade, avaliando os resultados clínicos laboratoriais dos pacientes e interferindo diretamente na farmacoterapia. Lembrando que além do conhecimento de Farmácia Clínica, a AF exige do profissional preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente aquelas referentes à qualidade de vida e satisfação do usuário (PEREIRA, FREITAS, 2008). Os objetivos do acompanhamento farmacológico são responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito pelo médico venha a ter o efeito desejado e estar atento para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos (RAM) sejam as mínimas possíveis e, se surgirem possam ser solucionadas de imediato (DADER, ROMERO, 1999).

Para realizar tal ação se faz necessário uma relação com o paciente, onde este consente todas as informações ao farmacêutico e o profissional proporciona serviços competentes e de compromisso, buscando a resolução de problemas relacionados a medicamentos (PRM), podendo esse ser de três tipos, os relacionados com a necessidade de medicamentos por parte do paciente, os com sua efetividade e os com segurança. Nesta perspectiva, estabelece-se uma relação mútua de reciprocidade e responsabilidades baseada no diálogo, na confiança, respeito, sinceridade e autenticidade (ANGONESI, DEVALHO, 2010).

A intervenção farmacêutica deverá ocorrer por meio de um plano de atuação, que nada mais é que o conjunto de intervenções que ambos (profissional e paciente) em comum acordo se comprometem a realizar, isso com o intuito de solucionar os PRM encontrados, e este acordo deverá ter um plano de seguimento no qual ambos passam a se encontrar para avaliar se os medicamentos utilizados somente são os que ele necessita e, observar se ainda estão sendo os mais efetivos e seguros. A comunicação consiste em um ato profissional importante, que envolve questões técnicas, humanas e éticas (Opas/OMS, 2003). A relação que se estabelece entre o farmacêutico e paciente é o núcleo fundamental da AF (POSSAMAI, DACOREGGIO, 2008). Os modelos de AF mais utilizados pelos profissionais e pesquisadores são o Método Dáder e o Modelo de Minnesota, ambos têm como características o

seguimento farmacoterapêutico, a universalização e o conhecimento globalizado. Além disso, o Programa Dáder se destaca por possuir um protocolo mais simplificado (IRIGOYEN, 2005).

Mesmo a AF sendo uma atividade de grande importância, ainda não é muito reconhecida e os farmacêuticos encontram dificuldades em implantá-las devido a falta de informações específicas necessárias para a sua prática. Estudos demonstram que a AF nos EUA e diversos países da Europa cada vez mais colaboram para um melhor atendimento do paciente, pois além de possuírem um serviço de saúde bastante estruturado, já reconheciam o farmacêutico como profissional imprescindível na área de saúde (MENEZES, 2000). Nos Estados Unidos foi criada uma legislação chamada Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990 no qual diz que é de obrigatoriedade a orientação farmacêutica aos pacientes e se necessário são totalmente autorizados a modificar a prescrição médica (BERGER, 2011).

Dados do projeto de Atenção Farmacêutica de Minnesota nos Estados Unidos, indicam que essa prática não somente melhora a evolução real dos pacientes como também se constitui de um investimento economicamente favorável, o que pode refletir em um ganho de qualidade de vida desses pacientes (IVAMA, et al., 2002).

No Brasil, a AF vem sendo discutida e avaliada junto às instituições de saúde e de educação como uma das principais condutas para redefinição da atividade farmacêutica em nosso país, embora nas condições específicas da realidade brasileira, ainda restem algumas questões a serem enfrentadas na transposição desse referencial, principalmente no Serviço Único de Saúde(SUS), em que a garantia do acesso ao medicamento ainda se constitui o principal obstáculo a ser transposto pelos gestores (PEREIRA, FREITAS, 2008).

De modo geral, esta prática vem demonstrando resultados positivos, devendo conscientizar os gestores que esta atividade tanto no setor público quanto no privado reduz custos, avalia e melhora as prescrições, promove uma maior adesão ao tratamento, avalia as interações medicamentosas, controla os efeitos adversos, como também pode ter impacto na diminuição do número de consultas e pacientes hospitalizados (BERENGUER, et al., 2004; BENEY; BOND, 2010; ROMANO-LIEBER *et al.*, 2002; SIMOENS, LAEKEMAN, 2005).

Os benefícios de um aconselhamento feito de forma adequada são inúmeros: o paciente torna-se capaz de reconhecer a necessidade do(s) medicamento(s) para a manutenção de sua saúde e do seu bem-estar, o relacionamento entre o profissional da saúde e o paciente torna-se mais eficaz, e isso cria uma atmosfera de confiança, o que aumentará a eficácia do tratamento. Esses parâmetros ampliam a habilidade de o paciente e isso o torna mais eficiente no sentido de ter uma participação ativa no tratamento de sua doença e de se autocuidar. (FILGUEIRAS, DESLANDES, 1999).

Deve-se ter muito cuidado com medicamento, pois este é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa, ou para fins de diagnóstico. É necessário que a população como um todo receba a informação correta sobre o seu uso, já que, se administrados de forma incorreta, podem até matar. Eis a importância do farmacêutico de possuir habilidades de comunicação, valendo-se de estratégias pedagógicas para inserir a comunicação, e com isso fornecer ao paciente, através do processo de Atenção Farmacêutica, todas as informações necessárias sobre o uso do medicamento.

## 2. ARTIGO



## **IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO COM FLUTAMIDA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

IMPORTANCE OF PHARMACEUTICAL CARE ON ADHERENCE TO TREATMENT WITH FLUTAMIDE IN A CANCER HOSPITAL.

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EM LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO COM FLUTAMIDA EM UM HOSPITAL ONCOLÓGICO.

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a importância da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento com o antineoplásico oral flutamida em pacientes de um hospital oncológico em João Pessoa.

**Métodos:** Estudo transversal, descritivo e prospectivo, sendo realizado através da aplicação de questionários com intuito de analisar a adesão a terapia com flutamida, onde se usou o teste indireto de Morisky e Green. Avaliou-se também a influência da atenção farmacêutica nestes pacientes que baseou-se no Pharmacy Services Questionnaire.

**Resultados:** Foram entrevistados 17 pacientes, o grupo apresentou média de idade 76 anos, baixa escolaridade (35% com ensino fundamental incompleto), casados (82%) e aposentados (100%). Quanto a não adesão ao tratamento 7 (41%) pacientes foram classificados como não aderentes, sendo a causa principal o esquecimento e descuido com o horário, sendo que alguns destes após as orientações saíram do grupo de baixa grau de adesão. Outro fator para a não adesão é a falta de informações quanto a doença e a não compreensão sobre a forma correta de utilizar o medicamento. Dos participantes desta pesquisa 100% achavam importante o trabalho, devido a boa comunicação que muitos apreciam.

Conclusão: A aplicação da Atenção Farmacêutica foi efetiva para melhorar e facilitar a adesão ao tratamento e que os pacientes ficaram muito satisfeitos de poderem ter sido esclarecidos e escutados no que se refere a sua doença e terapia.

Palavras-chave: Antineoplásico oral, adesão ao tratamento, atenção farmacêutica.

### **Abstract**

Objective: To evaluate the importance of pharmaceutical care on adherence to treatment with oral antineoplastic flutamide in patients at an oncology hospital in João Pessoa.

Methods: A descriptive cross-sectional and prospective study was conducted through questionnaires in order to examine adherence to therapy with flutamide, which used the indirect test Morisky and Green. We also evaluated the influence of pharmaceutical care in these patients was based on the Pharmacy Services Questionnaire.

Results: We interviewed 17 patients, the group presented mean age 76 years, low education (35% with primary education), married (82%) and retired (100%). As for non-adherence to only 7 (41%) patients were classified as noncompliant, the main cause forgetfulness and carelessness with the time, of which some after the guidelines came out of the group with low degree of adherence. Another factor for non-adherence is the lack of information about the disease and the lack of understanding about the correct way to use the drug. Participants of this study were 100% thought important work, due to good communication that many appreciate.

Conclusion: The application of pharmaceutical care were effective to improve and facilitate adherence to treatment and that patients were very satisfied that they may have been heard and understood in relation to their illness and therapy.

Keywords: Antineoplastic oral, treatment adherence, pharmaceutical care.

## **Resumen**

Objetivo: Evaluar la importancia de la atención farmacéutica en la adherencia al tratamiento con flutamida antineoplásico oral en pacientes en un hospital oncológico en João Pessoa.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo, prospectivo se llevó a cabo a través de cuestionarios con el fin de examinar la adhesión a la terapia con flutamida, que utilizó la prueba indirecta Morisky y Verde. También se evaluó la influencia de la atención farmacéutica en estos pacientes se basa en el Cuestionario de Servicios de Farmacia.

Resultados: Se entrevistó a 17 pacientes, el grupo presenta una edad media de 76 años, baja escolaridad (35% con estudios primarios), casados (82%) y jubilados (100%). En cuanto a la falta de adherencia a sólo 7 (41%) de los pacientes fueron clasificados como no conforme, la principal causa de olvido y descuido con el tiempo, de los cuales algunos después de las directrices salió del grupo con bajo nivel de adherencia. Otro factor para la no adhesión es la falta de información sobre la enfermedad y la falta de comprensión acerca de la forma correcta de usar el medicamento. Los participantes de este estudio fueron 100% pensaba trabajo importante, debido a la buena comunicación que muchos apreciaban.

Conclusión: La aplicación de la atención farmacéutica fueron eficaces para mejorar y facilitar la adherencia al tratamiento y que los pacientes se mostraron muy satisfechos de que hayan sido escuchados y comprendidos con respecto a su enfermedad y tratamiento.

Palabras clave: oral antineoplásico, la adherencia al tratamiento, la atención farmacéutica.

## INTRODUÇÃO

O câncer é definido como um tumor maligno, mas não é uma doença única e sim um conjunto de diversas doenças, caracterizado pelo crescimento descontrolado de células anormais (malignas) o que leva a acarretar invasão de órgãos e tecidos adjacentes envolvidos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (metástase)<sup>1</sup>.

A terapia contra o câncer, nas últimas décadas vem registrando uma mudança significativa, onde apresenta uma maior utilização de antineoplásicos orais com relação aos antineoplásico intravenoso<sup>2</sup>. A flutamida usada para o câncer de próstata é disponibilizada na forma farmacêutica oral, sendo um dos fármacos de boa aceitação pelos pacientes com essa enfermidade. Porém, o tratamento com flutamida realizado em domicílio poderá acarretar uma maior probabilidade de erros e descontinuidade do tratamento<sup>3</sup>.

Esta terapia diária e de longa duração torna-se um desafio crítico para muitos doentes, criando um novo paradigma, desafiando as atitudes tradicionais, requerendo novos cuidados e grande responsabilidade do paciente, pois o mesmo passa a assumir todo o controle do uso e armazenamento correto do medicamento<sup>4</sup>.

O uso de antineoplásicos orais apresenta muitas vantagens: se faz uso do medicamento em casa ou no trabalho, não tem o desconforto e ansiedade do acesso venoso, administração rápida e simples. Mesmo com todas essas vantagens, estudos realizados apontam que vários indivíduos não aderem de forma correta ao tratamento<sup>2</sup>.

A não adesão pode ser classificada da seguinte forma: 1) voluntária ou intencional, que pode ter várias causas, como crer que a medicação é excessiva ou

ter medo de reações adversas; 2) involuntária ou não intencional, que pode ser devido ao esquecimento de uma dose e do erro na interpretação das recomendações feitas pelo médico ou farmacêutico, entre outras<sup>4</sup>.

Diante dessa nova realidade torna-se indispensável a realização da atenção farmacêutica, provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes<sup>5</sup>.

O aconselhamento, as intervenções farmacoterapêuticas e educativas humanizadas são de grande importância, pois estes serviços tem a capacidade de prevenir erros. Sendo imprescindível que o profissional forneça informações seguras e claras quanto ao medicamento, dentre elas a via de administração, doses, horários, efeitos terapêuticos<sup>5,6</sup>.

A participação do farmacêutico no processo de saúde, trazendo informações sobre os medicamentos, respondendo a dúvidas e questões sobre os medicamentos e esquemas terapêuticos vem contribuindo e alcançando bons resultados, acarretando na redução de reações adversas, o tempo de internação hospitalar, melhoria na adesão ao tratamento já que os pacientes se sentem amparados e instruídos quanto a terapia realizada, o que colabora significativamente para o sucesso do tratamento<sup>7,8</sup>.

Este trabalho teve como objetivo principal avaliar a influência da atenção farmacêutica na adesão ao tratamento de um grupo de pacientes que fazem uso do antineoplásico oral, flutamida, e são atendidos no hospital oncológico de João Pessoa.

## CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e prospectivo tem caráter avaliativo, com o intuito de analisar a importância da atenção farmacêutica no tratamento. Foi realizado no Hospital Napoleão Laureano (HNL), localizado em João Pessoa, Paraíba. Sendo este considerado uma instituição de referência em oncologia. O projeto foi iniciado após a apresentação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HNL sob protocolo nº 0365/13.

Desta forma a pesquisa foi desenvolvida no período de junho a agosto de 2013, utilizando a entrevista estruturada como principal método. Os pacientes a medida que iam a farmácia satélite de quimioterapia, localizada no ambulatório do hospital adquirir seu antineoplásico oral, flutamida, para uso mensal eram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos quanto aos objetivos da mesma. Após concordarem em colaborar, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e então, iniciou-se a entrevista e os demais procedimentos do estudo.

A amostra constitui-se de 17 pacientes. Os critérios de inclusão dos usuários foram: ter o diagnóstico de câncer de próstata e serem pacientes do HNL; fazer uso do antineoplásico oral flutamida; ter idade igual ou acima de 18 anos; está de acordo em participar da pesquisa após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecimento. Foram excluídos do estudo os pacientes com deficiência que dificultassem a comunicação, que realizassem retornos médicos com intervalos superiores de três meses ou que estivessem em condições clínicas que impedissem a participação. O recrutamento desses indivíduos para participar do estudo foi

realizado de maneira randômica quando compareceram na farmácia do HNL para retirar seus medicamentos.

No primeiro contato com o paciente ocorreu a coleta dos dados, onde foi utilizado uma ficha de identificação constando nome, idade, estado civil, telefone, escolaridade, profissão. Questionou-se o tempo do diagnóstico e tratamento, uso do medicamento, além de incluir aspectos como o comparecimento as consultas e aquisição dos medicamentos. A medida que os mesmos respondiam, eram realizadas as orientações sobre o procedimento correto do tratamento e entregava um cartilha informativa sobre a doença e o medicamento utilizado, destacando a forma correta de administração, armazenamento, prováveis efeitos recorrentes ao medicamento, levando em consideração a importância da adesão ao tratamento para se obter um bom resultado.

Outro dado avaliado foi o de caracterizar o perfil do paciente quanto a adesão ao tratamento com o antineoplásico oral flutamida, baseou-se na aplicação dos critérios do Teste de Morisky-Green (TMG), com o intuito de analisar como o usuário realiza a administração do medicamento. Constitui-se de quatro itens, sendo eles: 1) Você às vezes esquece de tomar a sua medicação? 2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento no horário correto? 3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento? 4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

Todas essas perguntas possuem respostas de “sim” ou “não”, os resultados obtidos são avaliados de maneira que quanto maior o número de respostas “não” para as quatro perguntas, o indivíduo acumula quatro pontos sendo considerado aderente ao tratamento, caso sua pontuação seja menor ou igual a três pontos é classificado como não aderente a terapia.



Um mês após o primeiro contato com os pacientes, é realizado uma nova entrevista com o objetivo de esclarecer algumas dúvidas e avaliado se a prática da atenção farmacêutica foi importante no processo de adesão a terapia, o questionário foi baseado no Pharmacy Services Questionnaire um instrumento desenhado e validado por Larson et al.(2002), sendo que nesta pesquisa foi adaptado, constando 10 perguntas com respostas de “sim”/”não”. Estas entrevistas foram realizadas de acordo com o método d’ader.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados no período de junho a agosto de 2013, dezessete pacientes sendo estes usuários da farmácia satélite do ambulatório do HNL em tratamento com o antineoplásico oral flutamida.

As características gerais dos pacientes encontram-se apresentadas na Tabela 1. Onde identificou-se que a média da idade foi 76 anos, sendo que a maior parte (53%) dos pacientes tinha idade entre 70 a 80 anos, já a menor cerca de 6% possuíam idade entre 50 a 60 anos. Corroborando os nossos resultados, estudos apontam que o câncer de próstata é um problema predominante em idosos acima de 65 anos. A probabilidade de desenvolver esta doença antes de 40 anos de idade é pequena, já na idade entre 60 e 79 anos o risco aumenta extremamente<sup>10, 11,12</sup>.

Observou-se um predomínio do estado civil casado, sendo todos aposentados, e apresentando baixo índice de escolaridade (35% cursaram o ensino fundamental de forma incompleta).

Quanto questionado sobre a descoberta da doença, todos os participantes descreveram que sentiam urgência em urinar, mas o jato era fino e/ou fraco, o que

gerava um desconforto, esses sintomas os levaram a procurar os serviços de saúde e assim a realização dos exames. É fundamental que ações resguarдем as diferenças nas necessidades de saúde da população masculina no país, sem discriminação. O estudo mostrou que 47 % dos pacientes tiveram o diagnóstico de câncer de próstata a menos de 5 anos, e 9(53%) dos entrevistados a mais de 5 anos sentiam algo e não iam ao médico. Esta demora no diagnóstico corrobora com outros estudos realizados, no qual as atitudes dos homens quanto a saúde é pouco valorizada, não tendo um autocuidado de sempre está cuidando da saúde<sup>10</sup>.

Tabela 1- Características gerais dos pacientes entrevistados na farmácia ambulatorial do HNL, de junho a agosto de 2013

| <b>Características</b>        | <b>n= 17</b> |
|-------------------------------|--------------|
| Idade, média                  | 76           |
| <b>Escolaridade n (%)</b>     |              |
| Não alfabetizado              | 2(12)        |
| Ensino fundamental incompleto | 6(35)        |
| Ensino fundamental completo   | 5(29)        |
| Ensino médio incompleto       | 1(06)        |
| Ensino superior completo      | 3(18)        |
| <b>Estado civil n (%)</b>     |              |
| Casado                        | 14(82)       |
| Separado                      | 1(06)        |
| Viúvo                         | 2(12)        |
| <b>Profissão n (%)</b>        |              |
| Aposentado                    | 17(100)      |
| <b>Descoberta da doença</b>   |              |

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Sentiu-se mal      | 17(100) |
| <b>Diagnóstico</b> |         |
| 1-5 anos           | 8(47)   |
| Acima de 5 anos    | 9(53)   |

Com o intuito de avaliar na presente investigação aspectos ligados a questão da adesão ao tratamento com flutamida foi utilizado o teste Morisky-Green para classificar os pacientes como aderentes ou não, identificando que mais da metade dos entrevistados 59% (10 pacientes) aderiram ao tratamento devido a obtenção dos quatro pontos, enquanto que 41% (7 pacientes) alcançaram apenas dois pontos sendo considerados como não aderentes a terapia medicamentosa, como observado na Tabela 2. A literatura sobre o tema indica que a média de não adesão ao tratamento medicamentoso, em condições variadas, é de cerca de 50%, variando de 0 a 100%<sup>13</sup>. Comparando os dados encontrados no presente estudo com resultados de outros trabalhos, a porcentagem estimada de pacientes não aderentes está entre 20-60%<sup>13,14</sup>.

Tabela 2. Resultado do teste Morisky e Green

| <b>Adesão ao tratamento</b> | <b>n(%)</b> |
|-----------------------------|-------------|
| Aderentes                   | 10(59)      |
| Não aderentes               | 7(47)       |

n= (Número de pacientes) (%)=equivale a porcentagem do número de paciente

A Tabela 3 caracteriza e compara cada grupo de indivíduos que tiveram alto grau de adesão e os de baixo grau ao tratamento, com relação a idade, nível de escolaridade. Estas variáveis foram escolhidas por serem dados importantes que frequentemente se associam aos fatores de risco para o câncer de próstata. Na

tabela encontram-se também fatores como se recebem ajuda na administração das doses.

Verifica-se que o fator grau de escolaridade não foi de grande magnitude, visto que o maior percentual de não adesão ocorreu nos participantes com o maior grau de escolaridade, podendo ser devido a não orientação. Resultados semelhantes foram obtidos por outros autores sobre a influência da escolaridade na adesão ao tratamento <sup>15,16</sup>.

No que se refere a idade, diversas pesquisas afirmam que a idade avançada está consistentemente associada ao aumento da adesão, o que também pode ser constatado no estudo <sup>17,18</sup>. As prováveis razões que sugerem esse achado são que pessoas idosas são mais preocupadas com a morte e têm uma vida mais estruturada, sendo capaz de seguir um regime terapêutico. Os pacientes adultos jovens podem ter uma maior dificuldade em aceitar ou simplesmente são mais propensos a relatar a não aderência <sup>18</sup>. Observou-se também que a maioria dos aderentes recebia ajuda, para realização adequada da terapia.

O tempo de tratamento não é uma variável consensual na literatura em relação a uma maior predição de adesão. Pacientes que se tratam há menos tempo, tem maiores chances de não aderir ao tratamento quando comparado a pacientes que se tratam há mais tempo. Isto pode ser justificado pelo fato de os pacientes tornarem-se mais empenhados em seguir o tratamento a partir do momento que percebem ganhos na sua condição clínica, em função dos medicamentos <sup>19</sup>. No presente estudo verificou-se que os pacientes em tratamento a menos de cinco anos são os que tem menor adesão, sendo considerados como não aderentes.

No que se refere a adquirir o medicamento, todos disseram que até mesmo antes de acabar o antineoplásico já encaminham-se a farmácia providenciar novos

para não ficar faltando, além de serem completamente responsáveis no que se refere a seus compromissos como por exemplo a suas consultas onde apenas quatro dos pacientes considerados como aderentes faltou no dia previsto. Os idosos são bastante preocupados com a saúde, querem viver mais e melhor, por isso fazem de tudo para evitar que alguma coisa afete sua qualidade de vida<sup>18</sup>.

Observa-se que a grande causa para a não adesão é a do tipo não-intencional indicando como principal fator o esquecimento da administração e o descuido com o horário como pode ser observado na Tabela 4. Para evitar que continue acontecendo foram estabelecidos regimes terapêuticos mais simples, principalmente, com ajustes de horário a rotina dos idosos, o que melhorou completamente este problema.

Tabela 3: Características dos pacientes aderentes e não aderentes

| <b>Adesão ao tratamento</b>               | <b>Aderentes</b> | <b>Não aderentes</b> |
|---|------------------|----------------------|
| Quantidade de pacientes                   | 10               | 07                   |
| Média da idade                            | 76               | 74                   |
| Recebe ajuda                              | 40%              | 14%                  |
| Sem escolaridade                          | 10%              | 14%                  |
| Ensino Fundamental(completo/incompleto)   | 90%              | 30%                  |
| Ensino Médio (completo/incompleto)        | 0%               | 14%                  |
| Ensino Superior (completo/incompleto)     | 0%               | 42%                  |
| Tempo de tratamento                       |                  |                      |
| Menos de 5anos                            | 40%              | 57%                  |
| Mais de 5 anos                            | 60%              | 43%                  |
| Providencia o medicamento antes de acabar | 100%             | 100%                 |

|                   |     |    |
|-------------------|-----|----|
| Faltou a consulta | 40% | 0% |
|-------------------|-----|----|

Quando questionado sobre a forma que administravam o seu antineoplásico oral e quem os orientou, cerca de 80% ingeriam os três comprimidos de flutamida ao dia, não seguindo a indicação devida, que seria de oito em oito horas. Ao se tratando da orientação 45% afirmaram que o médico no momento da consulta esclareceu qual a forma correta do tratamento, 55% algum familiar, o que pode levar a uma terapia indevida.

Tabela 4: Fatores da não adesão à terapia com flutamida

| <b>Fatores de não adesão</b> | <b>n=7(%)</b> |
|------------------------------|---------------|
| Esquecer a dose              | 7(100%)       |
| Descuido com o horário       | 3(43%)        |
| Quando se senti bem          | 0             |
| Quando se senti mal          | 0             |

Dentre os pacientes que fizeram parte da pesquisa teve um em especial que fez um relato onde há dois meses vinha fazendo administração de dois comprimidos de flutamida, um ao acordar e outro antes de dormir e após as orientações descobriu que não estava desenvolvendo um tratamento adequado. Diante disso, o mesmo foi ao médico para realização da consulta e ao comentar sobre o seu tratamento o médico observou que havia prescrito incorretamente e logo fez uma nova prescrição. Quando este tipo de problema acontece e os identificamos, temos a oportunidade de impedi-los, prevenindo assim o surgimento de novas complicações.

Muitos outros pacientes também não entendiam porque seu corpo estava com alguma mudanças, como por exemplo sua mama que estava crescendo e um pouco dolorida quando tocavam. Rapidamente foi explicado e tranquilizado, pois só assim poderia fazer uso do medicamento de forma tranqüila e eficaz.

A maioria dos entrevistados mesmo tendo sido orientados apresentava dúvidas, desta maneira fica provado o quanto a atenção farmacêutica desenvolvida corretamente beneficia o tratamento e restaura a qualidade de vida.

A forma como armazenavam os medicamentos em casa foi questionada e todos responderam de maneira satisfatória, ou melhor, guardavam em ambientes com temperatura adequada, sem umidade e longe do alcance de crianças.

No estudo, as intervenções educativas e as orientações farmacêuticas contribuíram para melhorar a adesão ao tratamento em 90% dos casos. Em outros países, essa intervenção mostrou resultados positivos, reduzindo custos, melhorando as prescrições, controlando o risco de reações adversas e promovendo maior adesão dos idosos ao tratamento<sup>20</sup>. No Brasil, estudos recentes têm descrito dados semelhantes<sup>21,22</sup>.

Ao final da pesquisa os pacientes responderam a um questionário tabela 5 para avaliar se as orientações realizadas influenciaram na adesão a terapia com flutamida, todos mostraram uma grande satisfação pelos esclarecimentos, e dúvidas tiradas, 94% disseram que é importante a realização da atenção farmacêutica, e essas intervenções farmacêuticas foram capazes de induzir melhora em todos os fatores apresentados, esse fatores serão influenciados pela percepção do paciente sobre sua própria doença e seu tratamento, ou seja, a forma como o paciente vê seu estado, compreende sua enfermidade e percebe seus riscos<sup>19</sup>.

Tabela 5: Influência da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento

| PERGUNTAS  | SIM  | NÃO |
|--|------|-----|
| 1-O modo que foi explicado sobre a forma de tomar o medicamento foi suficiente?          | 100% | 0%  |
| 2- Após as orientações mudou a forma de tomar o medicamento?                             | 100% | 0%  |
| 3- Após as orientações você esqueceu de tomar o medicamento?                             | 18%  | 82% |
| 4-As orientações fez você administrar o medicamento no horário correto?                  | 88%  | 12% |
| 5-O modo como foi informado sobre o medicamento e a doença contribuiu para o tratamento? | 100% | 0%  |
| 6-As orientações foram o bastante para acabar com as dúvidas que tinha?                  | 100% | 0%  |
| 7-Com as orientações você mudou a maneira de armazenar os medicamentos?                  | 100% | 0%  |
| 8-As orientações sobre os efeitos que o medicamento possa causar facilitou o tratamento? | 100% | 0%  |
| 9-Foi utilizado no processo de orientação uma linguagem compreensível?                   | 100% | 0%  |
| 10-Você acha que este trabalho de atenção farmacêutica foi importante?                   | 94%  | 6%  |

## CONCLUSÃO



O presente estudo mostrou que a Atenção Farmacêutica revelou-se um processo eficaz e viável, pois visa melhorar o conhecimento dos usuários no que se refere ao seu tratamento, fornecendo informações que ajude na adesão a terapia.

Além dos benefícios da implantação do seguimento farmacoterapêutico visualizados através dos resultados encontrados, os pacientes também se mostraram muito satisfeitos e interessados com o serviço oferecido.

Dessa maneira o farmacêutico se faz indispensável no trabalho em conjunto com uma equipe multidisciplinar, sendo muito gratificante não só para ele mais aos pacientes pois acarretará uma melhora na sua qualidade de vida. Destacando a prática de atenção farmacêutica neste estudo, pode-se observar que o mesmo alcançou seus objetivos e agregou qualidade ao serviço de oncologia do referido hospital. Sugerindo assim a implantação de tais serviços neste ambiente.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 1994. 24p. (Report of a WHO Meeting).
2. Batista EMM. Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais. Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, p. 1-69, 2008.
3. Bulário eletrônico. Agência de Vigilância Sanitária. Disponível em <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico> (Acessado em 11/ 04/2013).
4. Foulon V, Schoffski P, Wolter P. Patient adherence to oral anticancer drugs: an emerging issue in modern oncology. *Acta Clinica Belgica*, 2011 (66-2).
5. Gabarró MB. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*. 1999;1:97-106.
6. Verdrámm GC. Orientação e acompanhamento farmacêutico para a utilização de antineoplásicos orais. Curitiba, sn., 2004. 58 p.
7. Hernandez DS, Castro MMS, Dáder MJF. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. 3. ed., Granada, Espanha, 2007. [citado 2013 ago 18]. Disponível em: <[http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=62&func=startdown&id=16](http://www.atencionfarmaceutica-ugr.es/index.php?option=com_remository&Itemid=62&func=startdown&id=16)>.
8. Souza JAAO, Cordeiro BC. Atenção Farmacêutica às pacientes oncológicas de um hospital de grande porte do Rio de Janeiro. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. São Paulo v.3 n.2 6-9, 2012
9. Gomes CAPG. A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde. 2007. Belo Horizonte: ed. FUNED
10. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Ver Saúde Públ* 2003; 37: 40-4.

11. Spence RAJ, Johnston PG, editores. Oncologia. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*; c2003. 384 p. Campos
12. HLM, Dias FMV, Moraes SC, Vargas SC. Aspectos Culturais que Envolvem o Paciente com Diagnóstico de Neoplasia de Próstata: um Estudo na Comunidade. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(4): 493-501
13. Clearly DJ, Matzke GR, Alexander ACM, *et al.* Medication knowledge and compliance among patients receiving long-term dialysis. *Am J Health Syst Pharm* 1995;52:1895-900.
14. Gao C, Gruss E, Gonzalez S, *et al.* Compliance of haemodialysis patients with prescribed medication. *J Ren Care* 2000;26:4-6.
15. Oliveira AT, Queiroz APA. Perfil de uso da terapia antineoplásica oral: a importância da orientação farmacêutica. *Revista BFHSS*, 2012, v.3 n.4:24-29.
16. Obreli Neto PR, *et al.* Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 2010;31(3):229-233
17. Karamanidou C, Clatworthy J, Weinman J, *et al.* A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. *BMC Nephrol* 2008;9:1-10.
18. Leggat JE Jr, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, *et al.* Noncompliance in haemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kidney Dis* 1998;32:139-45.
19. Gimenez HT, Zanette ML, Haas MJ. Fatores relacionados à adesão do paciente à terapia medicamentosa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2009, 17(1)

20. ALMEIDA, H. O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, DF, 2007, v.18, n.1, p. 57-67.
21. Silva AS et al. Avaliação do serviço de Atenção Farmacêutica na otimização dos resultados terapêuticos de usuários com hipertensão arterial sistêmica: um estudo piloto. *Rev. Bras. Farm.*, 2008, 8899((33)),: 2205058-258.
22. Lyra Jr DP, Rocha CE, Abriata JP, Gimenes, FRE et al. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly brazilian outpatients. *Patient Education and Counseling*, 2007, 68: 186-92
23. Souza WA, Toledo JCY, Mendes GBT et al. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. *American Journal of Health- Syst Pharm.*, 2007, 64: 1955-1961.

## **REFERÊNCIAS**

ABREU, A.S.; CRUZ, A.C.A.; CORTEZ, E.A.; *et al.* ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA. **R. pesq.: cuid. fundam. Online** 2013, p.3795-07

ALMARSDÓTTIR, A. B.; TRAULSEN, J. M. Rational use of medicines- an important issue in pharmaceutical policy. **Pharmacy World e Science**, v.27, p.76-80, 2005.

ANGINESI, D., SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3603-3614, 2010.

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada número 44**. Publicada em 17 de agosto de 2009.

ARAÚJO, J. S., CONCEIÇÃO, V. M., SILVA *et al.* THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEN ABOUT PROSTATE CANCER. **R. pesq.: cuid. fundam.** 2013. P. 3885-3886.

BATISTA, E. M. M. B. **Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais**. Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, 2013 (1-72)

BATLLE, J.F., ARRANZ, E.E., CARPEÑO, J.C., SÁEZ, E.C., AUÑÓN, P.Z., SÁNCHEZ, A.R., BARÓN, M.G. Oral chemotherapy: potential benefits and limitations. **Rev Oncol**, 2004. 6: p. 335-340.

BENEY, J; BERO, L.; BOND, C.M. Expanding the roles of outpatient pharmacist: effects on health services utilization, costs, and patient outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010.

BERENGUER, B.; LA CASA, C.; DE LA MATTA, M.J; MARTÍN-CALERO, M.J. Pharmaceutical Care: Past, Present and Future. **Current Pharmaceutical Design**, 2004, v.10, p. 3931-3946.

BERGER, B.A. **Habilidades de comunicação para farmacêuticos: construindo relacionamentos, otimizando cuidados ao paciente.** São Paulo: Pharmabooks, 2011, 3ª ed., p. 5-288.

BONASSA, E. M.A; GATA, M.I.R. **Terapêutica Oncológicas para enfermeiros e Farmacêuticos.** São Paulo, 2012, 4ª ed., Ed.Atheneu.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso.** - Rio de Janeiro: INCA, 2002. P. 7-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde do Homem. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 92 p. (B.Textos Básicos de Saúde).

BRUM, I.S.; SPRITZER, P.M; BRENTANI, M.M. Biologia Molecular da neoplasia de próstata. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, 2005, v. 49, n.5, p.65-66.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005, 10ª ed.

Bulário eletrônico. Agência de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico>> Acesso em 11 abr 2013, 16:30.

CHARLES, F. L. et al. **Medicamentos Lexi-Compi Manole: uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde.** 1ª ed. Brasileira. Editora Manole Ltda. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica.** Brasil. Resolução nº 338 (DOU 20.05.2004).

CORRÊA, N. A. B et al. Diagnóstico precoce de carcinoma de próstata: antígeno prostático específico (PSA), um marcador quase ideal. **Rev. Bras. Anál. Clín.**, Rio de Janeiro, 2003, v. 35, n. 2, p. 63-64.

DADER, M.J.F.; ROMERO, F.M. La atención farmacéutica em farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharmaceutical Care España**, 1999, n. 1, p. 52-61.

DEWULF, N.L.S. **Contribuição da atenção farmacêutica ao tratamento de pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. Tese de doutorado, Ribeirão Preto, 2010, p. 1-95.

DINI, L. I.; KOFF, W. J. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 28-31, jan./fev. 2006.

DONNA, P.T.; MACDONAL, T.M.; MORRIS, A.D. Adherence to prescribed oral hypoglycemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. **Diabet Med**; 19(4):279-84, 2002.

FERREIRA, U.; MATHEUS, W.E. Hiperplasia benigna da próstata. **Ver. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo v. 44, n.5, p. 592-595, 2004

FILGUEIRAS, S. L; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento: análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos deSaúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 1-14, 1999.

FOULON, V., SCHOFFSKI, P., WOLTER, P. *Patient adherence to oral anticancer drugs: an emerging issue in modern oncology*. **Acta Clinica Belgica**, 2011(66-2).

FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. **A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. vol. 44, n. 4, out./dez., 2008 p. 601-10, 2008.



GILBA, P.J., CARRINGTON, C.V. *Oral Antineoplastic Chemotherapy*. **Journal of Pharmacy Practice and Research**, 2005. 35: p. 195-8.

GIMENES, H.T; ZANETTI, M.L; HAAS, V.J. FATORES RELACIONADOS À ADESÃO DO PACIENTE DIABÉTICO À TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA. **Rev Latino-am Enfermagem** 2009

GIVEN, B.A., SPOELSTRA, S.L., GRANT, M. The challeges of oral agents as antineoplastic treatments. **Seminars in Oncology Nursing**, 2011. 27: p. 93-103.

GOMES, J. F. N.; REBELLO, L. E. F.S.; ARAUJO, F. C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico online]. 2008 [capturado em 2013 agos 05]; 13(6):1975-84

GOMES, R., REBELLO, L. E. F.S.; ARAUJO, F. C et al. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura. **Rev CS Col**. 2008;13:235–46.

GOMES, R. Sexualidade masculina e a saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciênc saúde colet**.2003;8(3):825-9.

HEPLER, C.D., STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v.47, p. 533-543, 1990.

HUGGINS, C., HODGES, C.V. Studies on prostatic cancer I: the effect of castration, of estrogen and of androgen injection on serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate. **Cancer Res** 1941;1:293-7.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ed **Rev. atual ampl**. Rio de Janeiro: INCA; 2008.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional, vol. IV. Rio de Janeiro: INCA; p. 487. 2010.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

Instituto Nacional do Câncer. Síntese de Resultados e Comentários [material eletrônico]. Rio de Janeiro: INCA; 2013. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/sie/home/prostata/definição>

IRIGOYEN, L. D. *Atenção farmacêutica*. Curso Intensivo. Porto Alegre: Instituto Magistral, 2005.

IVAMA, A.M; NOBLAT, A.M.; CASTRO, M.S.; vama, OLIVEIRA, N.V.B.V.; JARAMILLO, N.M; RECH, N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2002.

KAZER, M. W, et al. The experiences of unpartnered men with prostate cancer: a qualitative analysis. **Journal cancer surviv**. 2011;5:132–141.

KESSLER, B.; ALBERTSEN, P. The natural history of prostate cancer. **Reista Urol Clin North Am**. 2003;30(2):219-26.

KOWALSKI, L. P. et al. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 2. ed. São Paulo, SP: Âmbito Editores, 2002.

LEEMANS, L.; WILLEMS, L.; KINGET, R.; VERBEKE, N.; VERBRUGGEN, A.; KNOCKAERT, D.; LAEKEMAN, G. Doctor and pharmacist, hand in glove? Report after a year of clinical internship in Belgium. *European Hospital Pharmacy*, v.7, n.1, p.34-38, 2001.

LIMA, C. L. M.; ALVES, P. M. C. Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) [material eletrônico]. 2010 [capturado em: 2010 mai 17]. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?607>.

MARONA, H.R.N., STORTI, M.P.B., NETO, V.A.L. Flutamida: Revisão de suas propriedades farmacológicas e físicoquímicas. Métodos de análise em formulações farmacêuticas. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2004; 50(1): 37-44

MARQUES, P.A.C., PIERIN, A.M.G. Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer à terapia antineoplásica *oral*. **Acta Paul Enferm**, 2008. 21: p. 323-9.

MARQUES, P.A.C. Paciente com câncer em tratamento ambulatorial em um hospital privado: atitude frente à terapia com antineoplásicos orais e lócus de controle de saúde. São Paulo, Dissertação Mestrado- Esc Enf. da Universidade de São Paulo, 2006, p. 9-117.

MARTINS, A.C.P., RODRÍGUEZ, J.A.A.; REIS, R.B.; BOVO, T.B.; Suaid HJ, Cologna AJ, Paschoalin EL. Free PSA and prostate volume on the diagnosis of prostate carcinoma. **Acta Cir Bras**, 2003 vol 18 suppl 5.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, n. p.28, 2000.

NETTO JÚNIOR, N. R.; WROCLAWSKI, E. R. **Urologia**: fundamentos para o clínico. São Paulo, SP: Sarvier, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 2004. 24p. (*Report of a WHO Meeting*).

Organización Mundal de la Salud O. Segunda reunión de La OMS sobre La función Del farmacéutico: servicios farmacéuticos de calidad: ventajas para los gobiernos y El público. 1993. Disponível em <http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/ops-hss-hse-95-01.pdf>. Acesso em 18/08/2013.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 2002. Proposta: Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to Medication. **New England Journal of Medicine**, 2005. 353: p. 487-97.

PAIVA, E. P., MOTTA, M. C. S, GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do AQWB câncer de próstata. 2008, p. 89-90

PARTRIDGE, A.H. J.; AVORN, P.S.W; WINER E.P. Adherence to Therapy With Oral Antineoplastic Agents. **Journal of the National Cancer Institute**, 2002. 94.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informações compartilhadas como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, L.R.L., FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. vol. 44, n. 4, p. 601-610, 2008.

PEREIRA, R. M. J.; OLIVEIRA, E. M.F. Vivenciando a educação em saúde, com homens do bairro do Km 06, na prevenção do câncer de próstata. **Anais do I Congresso da Liga Norte Rio-grandense contra o Câncer**; p.29, Natal/RN; 2009

PETERSON, A.M., NAU, D. P. CRAMER, J. A., BENNER, J., GWADRY-SRIDHAR, F., NICHOL, M. A Checklist for Medication Compliance and Persistence Studies Using Retrospective Databases. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 2006. 10: p. 3-12.

POSSAMAI, F. P.; DACOREGGIO, M. S. **A HABILIDADE DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE NO PROCESSO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA**. Trab. Educ. Saúde, 2008, v. 5 n. 3, p. 473-490.

Prostate Cancer Foundation. Living with Prostate Cancer Chemotherapy. Disponível em: <<http://www.pcf.org/site/c.leJRlROrEpH/b.8586099/k.A17C/Quimioterapia.htm>>. Acesso em 06 agosto 2013

ROMANO-LIEBER, N. S. et al. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1499-1507, 2002.

ROSEN, Gloria. Guia detalhado: câncer de próstata, American Webpage câncer society. 2010 [Acesso: 5<sup>a</sup> agosto de 2013]. Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/ProstateCancer/DetailedGuide/prostate-cancer-what-is-prostate-cancer>

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**. P. 92-99, 2010

RUDDY, K., MAYER, E., PARTRIDGE, A. Patient Adherence and Persistence With Oral Anticancer Treatment. **CA Cancer J Clin**, 2009. 59: p. 56-66.

SANTILLO, V. M.; LOWE, F. C. Role of vitamins, minerals and supplements in the prevention and management of prostate cancer. *Int Braz J Urol*. 2006;32(1):3-14.

SANTOS, V.C.T; MILITO, A. M.; MARCHIORI, E. O papel atual da ultra-sonografia transretal da próstata na detecção precoce do câncer de próstata. **Radiol Bras**, p. 185-186, 2006.

SIMÕES, S.; LAEKEMAN, G. Applying health technology assessment to pharmaceutical care: pitfalls and future directions. **Pharmacy World & Science**, v. 27, p.73-5, 2005.

Sociedade Brasileira de Urologia. *Doenças da próstata: vença o tabu*. Rio de Janeiro: Elsevier – Sociedade Brasileira de Urologia; 2008.

SROUGI, M. Câncer de próstata. In: SROUGI, M.; SIMON, S. D.. Câncer urológico. São Paulo: Platina; 1990. p. 281-347.

SROUGI, M. **Câncer de próstata**: uma opinião médica. Disponível em: <<http://www.uronline.unifesp.br/uronline/ed1098/caprostata.htm>>. Acesso em: 05 agost 2013.

STEPHANS, C.; JUNG, K.; DIAMANDIS, P.E.; RITHTENHOUSE, H.G; LEIN, M.; LOENING, A.S. Prostate specific antigen, its molecular forms, and other kallikrein markers for detection of prostate cancer. Urology 2002; 59: 2-8.

TONON, T. C. A.; SCHOFFEN, J. P. F. **CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 403-410. 2009

WROCLAWSKI, E. R. et al. **Guia prático de urologia**. São Paulo, SP: Segmento, 2003.

**ANEXOS**

**ANEXO 1      TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**Projeto:** Importância da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento com flutamida em um hospital oncológico.

**1. Da natureza da pesquisa**

Esta pesquisa será desenvolvida pela Prof<sup>a</sup> Patrícia Simões (coordenadora), lotada no Departamento de Ciências Farmacêuticas, pertencente ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e farmacêutica do Hospital Napoleão Laureano. Os objetivos do presente estudo consistem na realização de entrevistas a pacientes com câncer do Hospital Napoleão Laureano que fazem uso de Flutamida (antineoplásico oral), visando avaliar o nível de adesão terapêutica dentre os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa. Além disso, pretende-se traçar o perfil epidemiológico dos sujeitos-objeto deste estudo, favorecendo o conhecimento de fatores de risco relacionados à ocorrência da não-adesão ao tratamento. Informamos também que a sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelas Pesquisadoras. Caso decida a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo do grupo. Convém indicar que não há riscos previsíveis pelos procedimentos adotados. Solicitamos ainda sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicá-los em revistas científicas. Por ocasião da divulgação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

**2. Do consentimento livre e esclarecido**

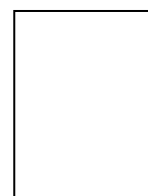
Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos seus resultados. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Colaboradora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha



**Endereço de CEP:** CCS - UFPB

**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900

**Telefone:** (83)3216-7791 **UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA **Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** [eticaccs@ccs.ufpb.br](mailto:eticaccs@ccs.ufpb.br); [elianemduarte@hotmail.com](mailto:elianemduarte@hotmail.com)

Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:

**Av. Capitão Jose Pessoa, 1140 - Jaguaribe João Pessoa-PB CEP 58.014-170 – Contato:** (83) 3015-6291. **E-**

**mail:** [patsimoesalbuquerque@ig.com.br](mailto:patsimoesalbuquerque@ig.com.br)



**ANEXO 2                      QUESTIONÁRIO i: FICHA EPIDEMIOLÓGICA**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nº do Protocolo \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**A) Escolaridade**

Nenhuma escolaridade (Analfabeto): ( ) Sim ( ) Não

Ensino Fundamental: ( ) Completo ( ) Incompleto

Ensino Médio: ( ) Completo ( ) Incompleto

Ensino Superior: ( ) Completo ( ) Incompleto

**B) Estado Civil**

1-Solteiro: ( ) Sim ( ) Não

2- Casado: ( ) Sim ( ) Não

3- Separado:( ) Sim ( ) Não

4- Viúvo: ( ) Sim ( ) Não

**C) Uso de Hormônios?**( ) Sim ( ) Não**D) Uso de bebida alcoólica?**( ) Sim ( ) Não**E) Tempo de câncer:** \_\_\_\_\_**F) Tempo de tratamento:** \_\_\_\_\_**G) Quanto ao medicamento:**

1) Anota o horário que tomou? ( ) Sim ( ) Não

2) Toma no horário? ( ) Sim ( ) Não

3) Providencia antes de acabar?( ) Sim ( ) Não

4) Leva quando viaja? ( ) Sim ( ) Não

5) Deixa de tomar quando ingere bebida alcoólica?( ) Sim ( ) Não

6) Faltou a consulta? ( ) Sim ( ) Não

**TESTE DE MORISKY E GREEN**

1-Você já esqueceu de tomar seu remédio?

( ) Sim ( ) Não

2-Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

( ) Sim ( ) Não

3-Quando você se sente bem, você deixa de tomar o remédio?

( ) Sim ( ) Não

4-Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

( ) Sim ( ) Não

## ANEXO 3

## CARTILHA (Frente)

|   |  |                                  |   |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|---|---|--|----------------------------------|--|
| <p><b>O que é câncer de próstata?</b></p> | <p>A próstata é uma glândula que só o homem possui, tem tamanho muito pequeno, com a forma de uma noz pequena e situa-se logo abaixo da bexiga e adiante do reto. Ela envolve a porção inicial da uretra, um tubo pelo qual a urina é eliminada.</p> <p>O câncer de próstata é o tumor mais comum entre os homens com mais de 50 anos de idade. Surge quando as células da próstata passam a se dividir e se multiplicar de forma desordenada.</p> | <p><b>Como diagnosticar?</b></p> | <p>O diagnóstico é feito através do exame clínico (toque retal) e pela dosagem do antígeno prostático específico (PSA) que podem sugerir a existência da doença e indicarem a realização de ultra-sonografia pélvica.</p> | <p><b>Flutemida</b><br/><i>Flutemida</i></p>  | <p>A flutemida é de uso oral, podendo ser usado sozinho ou em combinação com um agonista LHRH.</p> <p><b>Posologia:</b> dose recomendada é de um comprimido de 250 mg, três vezes por dia, em intervalos de 8 horas.</p> | <p><b>Efeitos colaterais</b></p> | <p><b>Ginecomastia:</b> efeito mais comum. Ocorre aumento das mamas com sensibilidade da mesma, às vezes sendo acompanhada com saída</p> |
| <p><b>Diarreia</b></p>                    | <p>Beber bastante líquido para evitar desidratação. Informe ao seu médico caso não melhore logo.</p>   | <p><b>Insônia</b></p>            | <p>Dificuldade de adormecer ou o de manter o sono.</p>  | <p><b>Disfunção do fígado e hepatite:</b> durante o tratamento deve sempre realizar exames hepáticos para observar se o medicamento está causando algum dano ao fígado.</p> | <p><b>Anemia</b></p> <p>O uso de quimioterápicos pode causar anemia, caracterizado com fraqueza, falta de ar e cansaço.</p>  |                                  |  |

## CARTILHA (Verso)



**Diminuição da libido**

A libido é o desejo sexual ou o interesse em sexo.





**Ondas de calor**

Pode durar de dois a trinta minutos a cada ocorrência

**Contra-indicações**



- Grande sensibilidade a flutuações;
- Insuficiência hepática;
- Grávidas e lactantes

**Orientações**

**Onde e como deve guardar o medicamento?**



Devem ser guardado em ambientes frescos e arejados, protegidos da luz e umidade.

**Evitar tomar o medicamento com:**

- Qualquer outro medicamento;



**Em caso de superdosagem?**



Chame imediatamente seu médico ou procure um serviço de emergência.

**Caso esqueça uma dose?**

- Tome assim que recordar dentro das primeiras 6 horas.
- Se passar mais de 6 horas do horário, espere a próxima dose. Não tome duas vezes a dose.

**CUIDADOS!!!**



- Fazer atividades físicas, no mínimo 30 minutos;
- Ter uma alimentação rica em fibras, frutas e vegetais;
- Reduzir a quantidade de gorduras na alimentação, principalmente de origem animal;
- Manter o peso na medida certa;
- Diminuir o consumo de álcool e não fumar.

**Quanto mais cedo o câncer é descoberto melhor!**



**Tenha um dedo de prosa com seu médico**

**CÂNCER DE PRÓSTATA**

Medicamento: **Flutaminida**

## ANEXO 4

### QUESTIONÁRIO II

1- O modo que foi explicado sobre a forma de tomar o medicamento foi suficiente?

☐ Sim    ☐ Não

2- Após as orientações mudou a forma de tomar o medicamento?

☐ Sim    ☐ Não

3- Após as orientações você esqueceu de tomar o medicamento?

☐ Sim    ☐ Não

4- As orientações fez você administrar o medicamento no horário correto?

☐ Sim    ☐ Não

5- O modo como foi informado sobre o medicamento e a doença contribuiu para o tratamento?

☐ Sim    ☐ Não

6- As orientações foram o bastante para acabar com as dúvidas que tinha?

☐ Sim    ☐ Não

7- Com as orientações você mudou a maneira de armazenar os medicamentos?

☐ Sim    ☐ Não

8- As orientações sobre os efeitos que o medicamento possa causar facilitou o tratamento?

☐ Sim    ☐ Não

9- Foi utilizado no processo de orientação uma linguagem compreensível?

☐ Sim    ☐ Não

10- Você acha que este trabalho de atenção farmacêutica foi importante?

☐ Sim    ☐ Não

